

คลินิกเวชกรรม หมอประไพ

198/3-4 ม.9 ต.ทุ่งสุขลา อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี 20230 โทร. 038-400407

วันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ..... 11 ก.พ. 2557

ข้าพเจ้า แพทย์หญิงประไพ ล้วนเล้ง แพทย์ศาสตร์บัณฑิต ปัจจุบันชั้น ๑

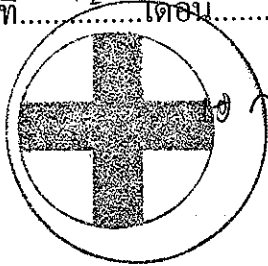
สาขาเวชกรรม ทะเบียนประกอบโรคศิลป์ เลขที่ ว. 12259 ได้ทำการตรวจร่างกายของ

นร. ชัยวัฒน์ ภูมิลำเนา.....เมื่อวันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ..... 11 ก.พ. 2557

ปรากฏว่าเป็น.....เห็นสมควรหยุด

พักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ..... ๑๑

ถึงวันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ..... ๑๑



คลินิกเวชกรรมหมอประไพ

ลงนาม.....

(แพทย์หญิงประไพ ล้วนเล้ง)

แพทย์ผู้ตรวจ

เล่มที่ 041

ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ 4020

คลินิกเวชกรรม หมอประไพ

198/3-4 หมู่ 9 ต.ทุ่งสุขลา อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี 20230

โทร. 038-400407

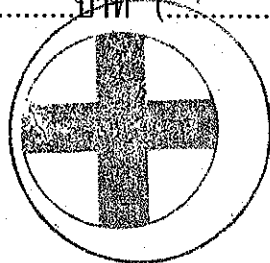
11 ก.พ. 2557

วันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ.....

ได้รับเงินจาก.....

เป็นค่ายา , ค่ารักษาพยาบาล (.....)

จำนวนเงิน 360 บาท (.....)



คลินิกเวชกรรมหมอประไพ

.....

(.....)

ผู้รับเงิน